

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ERICIO SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02175

CONTA: 000000046085-0

Nr. da Autenticação 6E33C2553D21ADE6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280481

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ERICIO SANTOS SILVA

Data do acidente: 18/04/2018

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA COM FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL, DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA. BLOQUEIO TOTAL (RIGIDEZ) NA ARTICULAÇÃO DO PUNHO COM RESTRIÇÃO TOTAL DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO COM AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 05° MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FUNÇÃO E ANATOMIA PRESERVADA, PRESENÇA DE QUELOIDE NA FACE ANTERIOR DA PERNA (NORMAL).

Resultados terapêuticos: TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE RÁDIO, FOI INDICADO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PORÉM DURANTE A AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIO O MÉDICO ASSISTENTE, OPTOU POR MANTER A CONDUTA, LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO NA PERNA ESQUERDA, FACE ANTERIOR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190280481**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ERICIO SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA 38, 0871 - PARAISO DO SUL - Aracaju - SE - CEP 49043-346

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **4.076.468-0**

Data e local do acidente: [**18/04/2018**] **ARACAJU/SERGIPE**

Data e local do exame: [**15/05/2019**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO VÍTIMA COM FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL, DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA. BLOQUEIO TOTAL (RIGIDEZ) NA ARTICULAÇÃO DO PUNHO COM RESTRIÇÃO TOTAL DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO COM AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 05° MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FUNÇÃO E ANATOMIA PRESERVADA, PRESENÇA DE QUELOIDE NA FACE ANTERIOR DA PERNA (NORMAL).

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE RÁDIO, FOI INDICADO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PORÉM DURANTE A AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIO O MÉDICO ASSISTENTE, OPTOU POR MANTER A CONDUTA, LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO NA PERNA ESQUERDA, FACE ANTERIOR.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior
CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280481

Vítima: JOSE ERICIO SANTOS SILVA

Data do Acidente: 18/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ERICIO SANTOS SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSE ERICIO SANTOS SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002175

Conta: 0000046085-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do documento do ROL

Código de área

Número do pedido da vítima

031.143.994-28 José Erício Santos Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

JOSÉ ERÍCIO SANTOS SILVA

CPF: 031.143.994-28

Profissão:

PEDREIRO

Endereço:

RUA TRINTA E OITO

CEP: 0871

Bairro:

PARAISO DO SUL

Cidade:

ARACAJU

Estado: SE

RG: 49.000-000

Idade:

(79) 996

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, sob dorso comprovante anexo (ANEXAR COPIA)

RENDA MENSAL:

☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2175

CONTA:

46.085



AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, por meio de depósito em nome de terceiros, o valor da indenização devida, desde que o beneficiário não tenha sido declarado insolvente.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não houve nenhuma solicitação de laudo do IML, pelo fato de não haver sido constatado a incapacidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou;

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT ou;

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Atenção: O laudo do IML é necessário para a análise da indenização de invalidez permanente. O laudo do IML deve ser emitido pelo médico do IML, com prazo superior a 90 (noventa) dias, para a análise da indenização de invalidez permanente. O laudo do IML deve ser emitido pelo médico do IML, com prazo superior a 90 (noventa) dias, para a análise da indenização de invalidez permanente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado legalmente ☐ Viúvo

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não. Se a vítima deixou seu companheiro(a), assinalar o grau de parentesco: ☐ Filho ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Irmão ☐ Outros

Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não. Se tenha filhos, informar quantos: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Mais de 10

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização de morte aos únicos beneficiários que eu nomear, conforme o artigo 249 do Código de Defesa do Consumidor, e de que a Seguradora Líder não se responsabiliza por danos decorrentes da contratação do Seguro DPVAT.



Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina a RGSO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

MBM Seguradora S/A

16 ABR 2019

DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não afilietizado deverá escolher outra pessoa afilietizada, quando caso, para preencher e assinar a presente declaração, comprometendo-se a não ter nenhum interesse no produto.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS



DELEGACIA PLANTONISTA SUL

(DELEGACIA DE REGISTRO)

FONE:()

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06505.0-001207

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 04ª DELEGACIA METROPOLITANA

Endereço: AV. HERÁCLITO ROLMBERG, FAROLANDIA - CONJUNTO AUGUSTO FRANCO FONE:() (79)3243-8900

FATO

Data e Hora do Fato: 18/04/2018 - 18:30 até 18/04/2018 - 18:30

Endereço: AV. HERACLITO ROLMBERGUE Número: S/N Complemento: Em frente a farmácia cirúrgia CEP: 49000-000

Bairro: SAO CONRADO Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA PLANTONISTA SUL

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSÉ ERICIO SANTOS SILVA

Nome do pai: JOSÉ JOÃO DA SILVA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES BORGES DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 16081374 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: Data de nascimento: 25/04/1980 Sexo: Masculino Cor da cútis:

Profissão: PEDREIRO Estado civil: Separado Grau de instrução:

Endereço: Rua K Número: 127 Complemento: CASA

CEP: 49.000-000 Bairro: SÃO CONRADO Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: Telefone: (79) 9 9847-7702

VÍTIMA

Nome: JOSÉ ERICIO SANTOS SILVA

Nome do pai: JOSÉ JOÃO DA SILVA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES BORGES DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 16081374 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: Data de nascimento: 25/04/1980 Sexo: Masculino Cor da cútis: Não informado

Profissão: PEDREIRO Estado civil: Separado Grau de instrução: Não informado

Endereço: Rua K Número: 127 Complemento: CASA

CEP: 49.000-000 Bairro: SÃO CONRADO Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: Telefone: (79) 9 9847-7702



PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

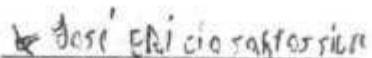
Perícia: IML [Guia de Exame](#)

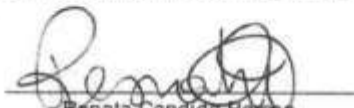
Descrição: lesão corporal - enviar laudo para a 4ª DM. - JOSÉ ERICIO SANTOS SILVA

HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, hora e local informados acima, quando estava conduzindo sua motocicleta(placa: HZP0493, Yamaha/YBR 125E, Chassi: 9C6KE010020054199, Renavan: 00777439263, cor prata) inesperadamente apareceu um cachorro e para não atingir o animal, desviou e caiu machucando seu braço direito e perna esquerda.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.


JOSÉ ERICIO SANTOS SILVA
Responsável pela comunicação


Renata Candido Pessoa
Responsável pelo preenchimento

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1710101
CNS:

DATA: ~~18/04/2018~~ HORA: 18:19
SETOR: 06-SUTURA

USUARIO **catubrac** -----
REFERENC
NEIRA

Faturadc
PS - Adulte

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE		
NOME	: JOSE ERICIO SANTOS SILVA	DOC...: 1680137
IDADE.....	: 38 ANOS	SEXO...: MASCULINO
	NASC: 25/04/1980	NUMERO: 127
ENDERECO.....	: RUA K	
COMPLEMENTO...	: 706106037644260	BAIRRO: SAO CONRADO
MUNICIPIO.....	: ARACAJU	UF: SE
NOME PAI/MAE..	: JOSE JOAO DA SILVA	CEP...: 49000-000
RESPONSAVEL...	: IRMAO/ERILIO	/MARIA DE LOURDES BORGES SANTO
PROCEDENCIA...	: ARACAJU - CAPITAL	TEL....: 79/9988443
ATENDIMENTO...	: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)	66
CASO POLICIAL..	: NAO	
ACID. TRABALHO:	NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO
		VEIO DE AMBULANCIA: NAO
		TRAUMA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: ☐ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 12/12/1988

DADOS CLINICOS: Paciente vítima de queda de nearshore
Comunidade, eufórico, orientado. pulso cheio.
ABC=SP10E E=dr+edema pulmonar (D). FC=84/p.
N/A=alegria e movimentos.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Polyfaunismus

CID: 707

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRICAO

① RL - 2000ml & 42gk;
② ST 5000 & - 0.5 g & m;
③ Keflin 15 & 2v leub;
④ Diphen 2 & 18ml AS & leub;
Propenid 100mg + 100ml ST, 9.1 & v

19/30h

Marcos Krooge
 CRM/SE 1993
 --- GFT-HUSE ---

DATA DA SAÍDA:

ALTA: ☒ DECISÃO MEDICA ☐ A PEDIDO
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAÍDA: MBM Seg
[] DESISTENCIA

MBM Seguradora S/A

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

DEBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

~~16 APR 2019~~

ANAT. PATOL
DPVAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

REALIZADO EM 18 HORAS
20:25

AS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

2 do punho e MP, RF

antepalmo

Fratura distal do

radio e

trocar de + ab. 33ad.

Alta da antepalmo

Luiz Carlos Lopes
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM 4404

Luiz Carlos Lopes
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM 4404

Fratura LS anterior basal

Med. plane —

Marcos Krooge
CRM/SE 1993
CFT - HUSF

Exame

Solito radiografias

- 1) crânio ap e perfil.
- 2) coluna cervical perfil.
- 3) tórax ap
- 4) antebraço D e P
- 5) sacro em Jaurimico
- 6) perna E e P
- 7) pé E e P

Marcos Krooge
CRM/SE 1993
CFT - HUSF

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Jose Enico Santos Silva
DATA DA ENTRADA: 18 / 04 / 18
DATA DA SAÍDA: 18 / 04 / 18 H = 18:15h (38a)

INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de queda de moto há ± 1 hora
Consciente, eupneico orientado e com pulso cheio
A, B e C = Ø Escala de Glasgow = 15, E = dor + sucção punho (d)
Fc = 84 Spm NCSA = plerica
Diagnóstico = Politraumatismo
Conduta = Ringer + SRT + Keflin + Dipirona + Profound
Análise da Ortopedia → Fratura distal do rádio (d)
Lombalgia + tala gessada
Alta da Ortopedia

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografias - crânio
coluna cervical
Tórax
antebraço (d)
Bacia panorâmica
perna (E)

MÉDICOS ASSISTENTES:

Marco Krug - 1993
Leuz C. Lopes - ortopedista

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 15 de maio de 2018

Dr. Hélio Sampaio F. de C. Junior
CNS: 170.5090.2030.0005
CBO: 225103 CRM: 1745

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO





RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro

Nome do paciente: JOSE ERICIO SANTOS SILVA

Data de nascimento: 25.04.1980 / /

Data do início do tratamento / Acidente 18.04.2018

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Precedido por queda de altura motorizada, resultando em trauma contuso máximo, fraturas do corpo, ferimento extenso no membro superior esquerdo; levado ao local de atendimento por o HUSP. Onde foi realizado o exame de fratura do corpo do membro superior esquerdo, fratura do corpo do membro superior esquerdo, fratura do corpo do membro superior esquerdo. Onde teve o diagnóstico de fratura do corpo do membro superior esquerdo. Onde foi encaminhado para o Grupo de Ortopedia.

2 - Data / Tratamento Realizado:

18/04/2018
Paciente foi submetido a cirurgia de fratura do corpo do membro superior esquerdo, com a colocação de placa e parafusos. Após a cirurgia, o paciente foi encaminhado para o Ambulatório de Retorno ao Trabalho.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

18.04.2018
Rx do Punho D MIP (Punho D) Fratura do Punho D



07032019

Data

Renato Teixeira CRM 1460
Ortopedia - Traumatologia

DPVAT

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

18.04.2018.

1º PRATAMENTO NO HOSP.

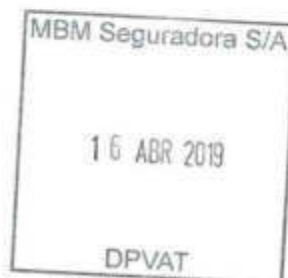
5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Perda total de movimento em parte distal do membro superior direito
- Perda total parte proximal de flexão/extensão do membro superior
- Perda total parte proximal de flexão de movimento de pronosupinação do membro superior
- Perda total parte proximal de flexão de movimento de pronosupinação do membro superior
- Perda total parte proximal de flexão de movimento de pronosupinação do membro superior
- Perda total parte proximal de flexão de movimento de pronosupinação do membro superior
- Perda total parte proximal de flexão de movimento de pronosupinação do membro superior

6 - Alta definitiva do tratamento: 12/2018. Alta do M.S.O.

7 - Data do Exame do Paciente 07/03/2015.

8 - Segue Exame Anexo



9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico	Renato Teixeira		Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço	Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas		Número	598	Cidade	Aracaju
					Estado	Sergipe

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

07/03/2015

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1724557
CNS:DATA: 16/05/2018 HORA: 09:34 USUARIO: TCSSANTOS
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ERICIO SANTOS SILVA
IDADE.....: 38 ANOS NASC: 25/04/1980 DOC....: 1680137
ENDERECO.....: RUA BEIRA RIO SEXO...: MASCULINO
COMPLEMENTO....: 26248687650009 BAIRRO: SAO CONRADO NUMERO: 228
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....: 49000-000
NOME PAI/MAE...: JOSE JOAO DA SILVA /MARIA DE LOURDES BORGES SANTOS
RESPONSAVEL....: PROPRIO TEL....:
PROCEDENCIA....: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO....: EXAME
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [☒ mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] EVASAO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

16 ABR 2019

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1778608

DATA: 04/09/2018 HORA: 11:00 USUARIO: ACFERREIRA.

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ERICIO SANTOS SILVA DOC...: 1680137
IDADE.....: 38 ANOS NASC: 25/04/1980 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA BEIRA RIO NUMERO: 228
COMPLEMENTO...: 126248687650009 BAIRRO: SAO CONRADO
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP...: 49000-000
NOME PAI/MAE...: JOSE JOAO DA SILVA /MARIA DE LOURDES BORGES SANTO
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 79 9648667
PROCEDENCIA...: SANTA BRIGIDA 373
ATENDIMENTO...: EXAME
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

MBM Seguradora S/A

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

16 ABR 2019

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE

REALIZADO EM 04/09/18

AS 11:12 HORAS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Fundação
Hospitalar
da Saúde**FICHA DE ATENDIMENTO****ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – SISTEMA DE MANCHESTER**

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: ____/____/____

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA:

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____ h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

ENF.:

COREN:

DISCRIMINADOR
às ____ h ____ min.

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

RELATÓRIO

Declaro que José Emerico Santos Silva
CPF 031.143.994-28 data de nascimento 25/04/1980,
com diagnóstico médico de
Fratura de Rádio Ulnar.

Realizou 10 sessões de fisioterapia na Clínica Fenix no período de
11/06/18 até 23/07/18.

Aracaju, Se 23 de Julho 2018.


Dr. Waniel José de Azevedo
Fisioterapeuta
Crefito - 248485F



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Jose Enacio Santos Silva
DATA DA ENTRADA: 18 / 04 / 18
DATA DA SAÍDA: 18 / 04 / 18 H = 18:10h (38a)

INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de queda de auto há ± 1 hora
Consciente, supino orientado e com pulso cheio
A, B e C = Ø Escala de Glasgow = 15, E = dor + inchado punho (d)
Fc = 84 Spm Nega = Nergias
Diagnóstico = Politraumatismo
Caudata = Rango + SNT + Kellin + Dipirona + Profound
Análise da Ortopedia → Fratura distal do rádio (d)
Lombalgia + Tala genada
Alfa da Ortopedia

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografias - Crânio pe (E)
coluna cervical
Tórax
antebraço (d)
Bava panorâmica
Perna (E)

MÉDICOS ASSISTENTES:

Marcos Kröge - 1993
Luz C. Lopes - Ortopedista

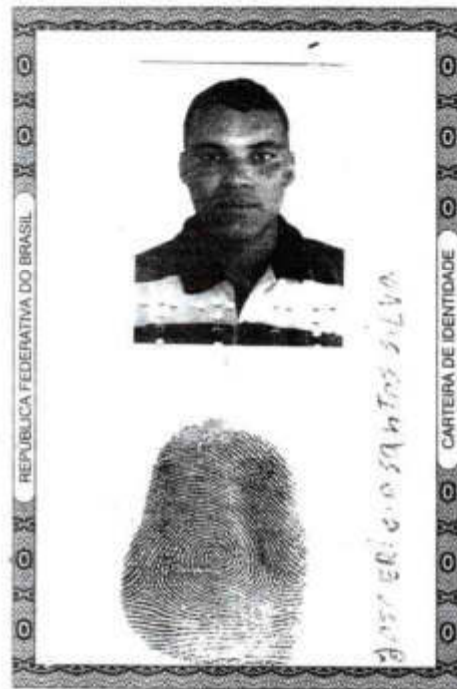
CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 15 de maio de 2018

Dr. Hélio Sampaio F. de C. Junior
CNS: 170.5029-2030.0005
CBO: 225103 CRM: 1745

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MBM Seguradora S/A
16 ABR 2019
DPVAT



79.99886-8742.

MBM Seguradora S/A
16 ABR 2019
DPVAT

LUIGI B. UEDA CHAGAS DE MELO
VICE-RETOR
CIRETORA-PRESIDENTE
DEBUTOS

CHPJ 00.240.608.0001-04

DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE

DADOS DA GUIA DE EXAME

Nº Referente ao BO:

2018/06505.0-001207

Natureza:

Encaminhar laudo para:

DELEGACIA PLANTONISTA SUL

Tipo de laudo

lesão corporal - enviar laudo para a 4º DM.

Responsável pela solicitação:

Renata Candido Pessoa - DELEGACIA PLANTONISTA SUL

Data do fato:

18/04/2018 - 18:30 até 18/04/2018 - 18:30

Local do fato:

AV. HERACLITO ROLLEMBERGUE, S/N, Em frente a farmácia cirúrgia,
SAO CONRADO, ARACAJU - SE

Descrição do fato:

Relata o noticiante que no dia, hora e local informados acima, quando estava conduzindo sua motocicleta(placa: HZP0493, Yamaha/YBR 125E, Chassi: 9C6KE010020054199, Renavan: 00777439263, cor prata) inesperadamente apareceu um cachorro e para não atingir o animal, desviou e caiu machucando seu braço direito e perna esquerda.

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

JOSÉ ERICIO SANTOS SILVA

Filiação:

JOSÉ JOÃO DA SILVA / MARIA DE LOURDES BORGES DOS SANTOS

Registro Geral:

16081374

Estado Civil:

Separado

Data de Nascimento:

25/04/1980

Naturalidade:

Profissão:

PEDREIRO

Sexo:

Masculino

Descrição física:

Endereço completo:

Rua K, 127, CASA, SÃO CONRADO, ARACAJU

[Handwritten signature]
Delegacia de Polícia Civil
Classe Especial

Registro de porta:

Ao
escrevente: _____
Livro: _____ fls. _____
Em: ____/____/____ Nº: _____
Entrou às: _____ horas de _____
Dia: ____/____/____
Arquive-se
Em: ____/____/____

MBM Seguradora S/A
16 ABR 2019
DPVAT

carimbo